

Onnen-Isemann, Corinna

Ungewollt kinderlos - hilft die Medizin? Reproduktionsmedizinische Behandlungen als Hilfe und Belastung

Diskurs 8 (1998) 1, S. 66-71



Quellenangabe/ Reference:

Onnen-Isemann, Corinna: Ungewollt kinderlos - hilft die Medizin? Reproduktionsmedizinische Behandlungen als Hilfe und Belastung - In: Diskurs 8 (1998) 1, S. 66-71 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-65873 - DOI: 10.25656/01:6587

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-65873>

<https://doi.org/10.25656/01:6587>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**Deutsches
Jugendinstitut**

www.dji.de/diskurs

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Thema:



Orientierungswandel der Jugend?

Interview mit Hermann Schmidt,
dem ehemaligen Generalsekretär des
Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)

- *Bildungsauftrag von Kindertagesstätten*
- *Kindheitsbilder und Expertenwissen*
- *Ungewollt kinderlos – hilft die Medizin?*
- *Zugewandert: benachteiligt!*
- *Wie gesund ist die Jugend?*
- *Neue Anstöße für die Berufsbildung*

*DISKURS 1/98
ISSN 0937-9614
DM 22,-*

EDITORIAL

Richard Rathgeber

Zu diesem Heft2

THEMA

**Strukturwandel der Arbeit –
Orientierungswandel der Jugend?**

Walter R. Heinz/Lothar Lappe

**Strukturwandel der Arbeit –
Orientierungswandel der Jugend?.....4***Die Ausbildungs- und Arbeitssituation wird immer qualifizierter und differenzierter. Die modernisierten Bereiche verlangen von den ins Erwerbsleben eintretenden Jugendlichen höhere Qualifikationen und neue Persönlichkeitsvoraussetzungen: ein starkes Eigeninteresse an der Arbeit, selbstgesteuertes Lernen, Konfliktlösungsfähigkeit und Verantwortungsbereitschaft.*

Florian Straus/Renate Höfer

**Erwerbsgesellschaft ade – Arbeitsidentität passé?
Die veränderte Bedeutung von Erwerbsarbeit
für die Identität junger Erwachsener.....10***Der Jugend wird oft unterstellt, überwiegend freizeitorientiert zu sein. Die Längsschnittuntersuchung des Münchner Sonderforschungsbereichs 333 beschreibt mit einem dynamisierten Identitätskonzept das komplexe Wechselspiel von freizeit- und arbeitsbezogenen Ansprüchen.*

Peter Kupka

**Lebenslang oder Übergang?
Berufspläne junger Facharbeiter.....18***Der neue Facharbeitertypus sieht in seiner Qualifikation ein dauerhaftes Konzept für sein Leben, empfindet aber die in den Betrieben gebotenen Entwicklungsmöglichkeiten als unzureichend. Dies zeigt eine Studie des Soziologischen Forschungsinstituts in Göttingen (SOFI).*

Andreas Witzel/Jens Zinn

**Berufsausbildung und soziale Ungleichheit
Sozialstruktur und Biographie beim Übergang
von der Schule in die Erwerbstätigkeit.....28***Ob junge Menschen den erlernten Beruf ausüben oder wechseln, sich weiterqualifizieren und aufsteigen oder scheitern, hängt auch von der individuellen Umgangsweise mit den Chancen und Risiken ab. Dies zeigt die Längsschnittstudie des Sonderforschungsbereichs 186 in Bremen.*

Carmen Leccardi

**Frauenarbeit und sozialer Wandel in Kalabrien
Vorstellungen junger Frauen über die Arbeit.....40***Die jungen Frauen in Kalabrien entwickeln neue Vorstellungen von Arbeit und Lebensperspektiven, die im Gegensatz zur Tradition ihrer Eltern und Großeltern stehen – und das in einer unveränderten Situation großer Arbeitslosigkeit. Die Situation in Kalabrien dient als Beispiel für die prekären Erwerbsverhältnisse in den südeuropäischen Ländern.*

Das Duale System der Berufsausbildung
hat Zukunft.....48
Hermann Schmidt, der ehemalige Generalsekretär des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) äußert sich über relevante Aspekte der Berufsbildung, insbesondere über das Duale System, die Zukunftsaussichten der Produktionsberufe und des Dienstleistungsbereichs sowie über die Einführung der Medienberufe. In der gegenwärtigen Entwicklung der Arbeitsorganisation hin zum ganzheitlichen, gruppenbezogenen Arbeitsvollzug sieht er eine neue Chance für die Facharbeiterausbildung.

VARIA

Gerd Harms
Auf dem Weg zu einem Bildungsauftrag
von Kindertagesstätten
Ein fachpolitischer Kommentar.....51
Ein Plädoyer gegen die Belehrungspädagogik, für die Entwicklung von Qualitätsmaßstäben in den Kindertagesstätten unter Einbeziehung der Eltern und für eine neue Bildungsoffensive im Vorschulbereich, die darauf abzielt, Menschen nicht auf »Humankapital« zu reduzieren.

Karl-Franz Kaltenborn
Kindheitsbilder und Expertenwissen
Die Interessenvertretung von Kindern in den
Reformdiskussionen um das elterliche Sorgerecht...54
Welche Bilder von Kindheit stehen hinter dem Expertenwissen von Juristen und Sozialwissenschaftlern, die Einfluß auf die Reform genommen haben?

Corinna Onnen-Isemann
Ungewollt kinderlos – hilft die Medizin?
Reproduktionsmedizinische Behandlungen
als Hilfe und Belastung.....66
Eine kindorientierte Ehe, ein aufgeschobener Kinderwunsch, seine gescheiterte Einlösung und die übersteigerte Hoffnung in die Reproduktionsmedizin: bei Mißerfolg das Szenario eines Teufelskreises.

Ingrid Gogolin
Zugewandert: benachteiligt!
Zum Abschluß des Schwerpunktprogramms
»Folgen der Arbeitsmigration für Bildung und
Erziehung« (FABER) der Deutschen
Forschungsgemeinschaft.....72
Die kritische Auseinandersetzung mit früheren Ergebnissen der Migrationsforschung hat zu einem Perspektivenwechsel geführt: Statt der Defizite der Migranten rücken die der Migrationsgesellschaft in den Mittelpunkt.

Johannes Siegrist/Juliane Frühbuß/Andrea Grebe
Sozial ungleiche Gesundheitsrisiken
im Kindes- und Jugendalter
Eine aktuelle Bestandsaufnahme der
internationalen Forschung.....76
Die zur Zeit international veröffentlichten Ergebnisse der interdisziplinären Public-Health-Forschung zeigen einen Zusammenhang zwischen dem erworbenen Gesundheitsverhalten, dem bestehenden Gesundheitszustand und der sozialen Benachteiligung.

Burkart Sellin
Neue Anstöße für die Berufsbildung
Perspektiven aus der Arbeit des
Europäischen Zentrums für die Förderung
der Berufsbildung (Cedefop).....85
Über die Notwendigkeit, europaweit Mindeststandards für den Zugang zur Berufsbildung zu schaffen und das Weiterbildungsangebot für Jugendliche ohne höhere formale Qualifikationen zu verbessern.

SUMMARIES.....90
RÉSUMÉS.....92
Impressum.....96

Ungewollt kinderlos – hilft die Medizin?

Reproduktionsmedizinische Behandlungen als Hilfe und Belastung

Dr. Corinna Onnen-Isemann, Dipl.-Soz., geb. 1962, vom 1. 10. 1986 bis 1996 wissenschaftliche Mitarbeiterin in empirischen Forschungsprojekten an der Universität Oldenburg, u. a. über »Ursachen von Ehescheidungen«, »Kinderlose Ehen« und die »In-vitro-Fertilisation«; im Rahmen der »Graduiertenförderung« eigenes Forschungsvorhaben: »Die Einstellung zu den neuen Reproduktionstechnologien seitens junger Frauen«; seit 1993 Anfertigung einer Habilitationsschrift mit dem Arbeitstitel »Streß und Coping in Ehe und Familie – Belastungen und Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit den modernen Reproduktionstechnologien IVF und ICSI«.

Veröffentlichungen zum Thema: siehe Literaturverzeichnis.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Corinna Onnen-Isemann
Institut für Soziologie der
Otto-von-Guericke Universität Magdeburg
PF 4120

D-39016 Magdeburg
E-mail: onnen@hrz1.uni-oldenburg.de

Die moderne Medizin sorgt heute nicht nur für eine zuverlässige Empfängnisverhütung, sondern stellt auch ein umfangreiches technisches Potential zur Behebung ungewollter Kinderlosigkeit zur Verfügung.

Die Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryonentransfer beim Menschen, aber auch die Möglichkeiten der Gentechnologie haben eine besonders heftige Diskussion in den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen ausgelöst: Sowohl in der Medizin als auch in der Theologie, der Philosophie, der Rechts- und der Politikwissenschaft, der Ökonomie sowie unter ökologischen und feministischen Gesichtspunkten wurde diese Auseinandersetzung geführt. Seitdem werden immer wieder erneut, aber weiterhin kontrovers die Anwendungen und die Folgen der medizinischen Reproduktionstechnik unter dem Aspekt ihrer ethischen Vertretbarkeit und der Menschenwürde, der politischen Erwünschtheit und der Forschungsfreiheit, der rechtlichen Konsequenzen und der sozialen Verträglichkeit diskutiert. Auch im Hinblick auf das Problem der »Instrumentalisierung« der betroffenen Frauen, der psychischen Auswirkung der Anwendung dieser Techniken auf die kinderlosen Paare und der möglichen späteren Identitätskonflikte dieser – so gezeugten – Kinder stehen sich noch immer Befürworter und Gegner fast unversöhnlich gegenüber (vgl. z. B. Löw 1983; Benda 1985; Mies 1992).

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Reproduktionsmedizin

Theoretische Aspekte und empirische Untersuchungen zu dem Komplex der medizinischen Reproduktionstechnologien aus sozialwissenschaftlicher Sicht wurden in dieser Diskussion erst relativ spät berücksichtigt. Die ersten Beiträge sind in der zweiten Hälfte der 80er Jahre veröffentlicht worden. Sie thematisieren diesbezügliche Fragestellungen und Probleme vornehmlich unter modernisierungstheoretischem Aspekt (z. B. Beck-Gernsheim 1991) und befassen sich insbesondere bei Fertilisierungen im homologen System mit dem Aspekt des »Funktionswandels der Familie« bzw. bei Fertilisierungen im heterologen System mit der Entstehung neuer familialer Lebensformen (Gross/Honer 1990). Benannt werden diese Familienformen dann mit Begriffen wie »Inseminationsfamilie« (Delaisi de Parseval/Janaud 1986), »fragmentierter Elternschaft« (Hoffmann-Riem 1988) oder mit »multipler Elternschaft« (Gross/Honer 1990). Snowden differenziert die Rolle der Mutter aufgrund der reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten nunmehr in die »genetische

Mutter« (von der die Eizelle stammt), die »austragende Mutter«, die »erziehende Mutter« oder die »vollständige Mutter« (die alle drei Rollen übernimmt). Im Hinblick auf die postnatale Zeit unterscheidet er dann zwischen einer »genetisch-austragenden«, »genetisch-aufziehenden« und einer »austragend-aufziehenden« Mutter (Snowden 1985, S. 17). Empirische Erhebungen haben die Akzeptanz der unterschiedlichen Methoden der medizinischen Reproduktionstechnik erfaßt (vgl. Stauber 1993) und gezeigt, daß die öffentliche Einstellung am negativsten zu den IVF-Methoden ist, weil durch ihre Behandlung Sexualität, Zeugung und Schwangerschaft am stärksten »auseinanderdividiert« werden. Des weiteren wurde die Anwendung medizinischer Reproduktionstechniken unter dem Aspekt der Abweichung von der sozialen Norm (Heim 1987), des gesellschaftlich akzeptierten »Normalitätsverständnisses« (Voß et al. 1994) und der Belastungen für die Frauen durch IVF-Behandlungen (z. B. Hölzle 1989; Goldschmidt 1995) untersucht. Insgesamt jedoch sind empirische sozialwissenschaftliche Studien bislang noch selten geblieben. Unabhängig von der Diskussion über das »Für und Wider« der Folgen der Reproduktionsmedizin, hat der zunächst langsam verlaufende wissenschaftliche Erkenntnisprozeß über die »künstliche« Zeugung von Menschen in den letzten Jahren einen beachtlichen »Entwicklungsschub« vollzogen. Aus soziologischer Perspektive ist der Erfolg des Spezialisierungs- und schließlich Differenzierungsprozesses innerhalb dieses hochtechnisierten Medizinbereiches nicht allein auf wissenschaftsimmanente Interessen und Entwicklungsprozesse zurückzuführen. Es waren vor allem auch Anstöße von außen, die die Entwicklung der medizinischen Reproduktionstechnologien forciert haben, wie z. B. finanzielle Entscheidungen der öffentlichen Forschungsförderung bis hin zur privaten Förderung, die sich mit den wissenschaftlichen Ergebnissen einen »Markt« erhoffte (vgl. hierzu ausführlicher Theissen 1991, S. 113).

Die Fortschritte innerhalb der Techniken sind aber auch zu sehen als eine Reaktion auf die verschiedensten gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, wie z. B. als Folge der allgemeinen Technikentwicklung, eines veränderten Menschenbildes, einer Einstellungsveränderung zur »Natur« oder des Säkularisierungsprozesses. Der allgemeine Wandel innerhalb dieser gesellschaftlichen Teilbereiche hat die Spezialisierung zur technologischen Reproduktionsmedizin überhaupt erst ermöglicht.

Kinderlosigkeit in historischer Perspektive

Kinderlosigkeit in der Ehe ist ein uraltes Problem, das zu allen Zeiten als »unnatür-

lich« und »abweichend« wahrgenommen wurde. Das Eintreten in den Ehestand war schon immer so selbstverständlich mit Kindern verknüpft, daß Kinderlosigkeit gar nicht als Entscheidung möglich war. Wer kinderlos bleiben wollte oder sollte, blieb bereits von der Ehe ausgeschlossen, z. B. die Tempeljungfrauen bei den alten Ägyptern oder Germanen, die Nonnen und Mönche der christlichen und buddhistischen Klöster, ferner bestimmte Personen, für die zu bestimmten Zeiten öffentliche Heiratsverbote galten, wie für Knechte, Gesellen, Offiziere (Hubbard 1983; Sander 1997, S. 18 ff.).

Soweit man die Geschichte der Menschheit überblickt, wurde kinderlosen Ehepaaren meistens mit einer mehr oder weniger offenen Geringschätzung begegnet. Vor allem Frauen wies man die Schuld für die Kinderlosigkeit zu, und sie erfuhren deshalb die meiste Ächtung. Kinderlosigkeit in einer Ehe galt in vielen Kulturen auch als Scheidungsgrund bzw. als Möglichkeit, die Frau zu verstoßen. Diese einseitige Schuldzuschreibung war in unserem Kulturkreis bis in dieses Jahrhundert hinein üblich, obwohl bereits in der altägyptischen und alt-indischen Medizin sowie im Talmud Fertilitätsstörungen beim Mann beschrieben wurden und medizinische Schriften aus dem Jahr 1647 bezeugen, daß man bereits damals sehr detaillierte Kenntnisse über die eheliche Sterilität, die durch den Ehemann verursacht wurde, besaß (vgl. Heinke/Döpfmer 1960; Schirren 1961).

Aus vielen Empfehlungen und »medizinischen« Mitteln gegen Kinderlosigkeit geht hervor, wie angstbesetzt und mit Leidenerfahrung verbunden die drohende Kinderlosigkeit in einer Ehe besonders für Frauen war. Nach Condrau (1969) gibt es kaum eine andere »menschliche Unvollkommenheit«, die derart mit abergläubischem Zauber und Magie verknüpft wurde: Zauberriten, Zaubertränke, Wallfahrten, Kräuter, Badekuren und vieles mehr sollten Abhilfe schaffen (vgl. Nave-Herz 1988, S. 11 ff.). Selbst die Vertreterinnen der Ersten Frauenbewegung hielten an der »Bestimmung der Frau« als Mutter fest. Agnes von Zahn-Harnack schreibt: »Denn unerschüttert steht eines auch in der neuen Zeit: der Gedanke, daß der höchste Beruf der Mutterberuf ist, insofern er den Beruf der Erzieherin des heranwachsenden Geschlechts in sich schließt« (1928, S. 30). Sie und viele Vertreterinnen der Bürgerlichen Frauenbewegung versuchten, kinderlosen und unverheirateten Frauen den Weg zur »geistigen Mutterschaft« – wie sie es damals nannten – zu ebnen, d. h. Möglichkeiten für eine Erwerbstätigkeit zu schaffen, und zwar im Hinblick auf solche Berufe, für die »mütterliche Eigenschaften« – wie es hieß – notwendig waren: der Beruf der Lehrerin, der Sozialarbeiterin, der Kindergärtnerin usw. Damit wurden ganz eindeutige Zeichen gesetzt: Anerkennung konnten Frauen nur über das Mutter-Sein – sei es in biologischer Hinsicht

oder abgeleitet – erlangen (vgl. hierzu ausführlicher Nave-Herz 1997, S. 33 ff.).

Nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhren alleinstehende und kinderlose Frauen eine besondere Abwertung, vor allem in Form von Mitleid. Infolge des disproportionalen Bevölkerungsaufbaus in bezug auf die Geschlechter lebten die alten Vorurteile und Etikettierungen, z. B. der »alten Jungfer«, auf; betroffen waren wiederum die Frauen, die »den eigentlichen Sinn« eines Frauenlebens verfehlt hätten: Mutter zu sein. Diese Entwicklung war nur möglich, weil der Familie nach dem Kriege eine besonders hohe Wertschätzung zuteil wurde (übrigens nicht nur in Deutschland, sondern in allen vom Krieg betroffenen Staaten), was auf die lange Trennung zwischen den Familienangehörigen und auf die vielen Not- und Angstsituationen durch Kriegshandlungen zurückzuführen ist. Man sehnte sich also nach Ruhe, Geborgenheit, Verständnis – nach Werten, deren Einlösung der Familie zugeschrieben wurde. Die hohe Aufwertung der Familie – einer Ehe mit Kindern – hatte aber automatisch die Abwertung einer kinderlosen Ehe zur Folge.

Inzwischen hat sich in der Öffentlichkeit die Bewertung von Kinderlosigkeit verändert, wie aus einer Untersuchung über kinderlose Ehen hervorgeht. Nave-Herz konnte u. a. belegen, daß in ihrer Erhebung nur noch ein Drittel der Befragten von Diskriminierungserfahrungen berichteten. Die Stigmatisierungen scheinen sich in ihrer Form und Stärke zeitgeschichtlich verändert zu haben: während ältere Ehepaare in dieser Studie häufig über offen ausgesprochene verbale Herabsetzungen von Arbeitskollegen oder Nachbarn berichteten, empfanden jüngere Ehepaare eher Fragen innerhalb der Verwandtschaft als lästig (Nave-Herz 1988, S. 85 f.).

Doch Diskriminierung ist dort nicht notwendig, wo durch Idealisierung bestimmter sozialer Rollen ihre Übernahme angestrebt wird, um dem »Normalitätsmuster« zu entsprechen. Das scheint in bezug auf die Mutterrolle – jedenfalls für einen Teil der Frauen – bis heute zu gelten, wie die Daten einer eigenen Studie über die Gründe für die Anwendung hochtechnisierter Reproduktionsmedizin zeigen (Nave-Herz/Onnen-Isemann/Oßwald 1996).

Trotz der beschriebenen Entwicklung in der Bewertung von Kinderlosigkeit und auch beim Anstieg der Anteile kinderloser Ehen gilt jedoch die kulturelle Norm der Vergangenheit offenbar immer noch für die Gegenwart: der Realisierung des Kinderwunsches geht heutzutage immer noch die Eheschließung voraus. Diese Norm der »kindorientierten Ehegründung« – wie Nave-Herz sie formulierte (1984) – schlägt sich auch in den rechtlichen Rahmenbedingungen zur medizinischen Reproduktionsbehandlung nieder. Unter Berufung auf Artikel 6 des Grundgesetzes, das die besondere Pflicht des Staates zur Förderung von Ehe und Familie hervorhebt, wurde in § 27a, Abs. 1, Satz 3 des Sozial-

Kurzbeschreibung der Auswertungsgrundlage

Die Grundlage der folgenden Ausarbeitung bilden die erhobenen Daten aus den Studien »Reproduktionsmedizin aus soziologischer Sicht« (»Haupterhebung«) und »Kinderlose Ehen« (»Kontrollerhebung«).

Das Sample der qualitativen Phase der Hauptstudie umfaßt insgesamt 52 narrative Interviews mit Frauen, die sich einer oder mehrerer Methoden der medizinisch assistierten Reproduktionsbehandlung im Laufe ihres Lebens unterzogen haben, um ihren bislang unerfüllten Kinderwunsch einzulösen (November 1993 bis Juni 1995).

Die schriftliche Befragung wurde von Mai 1994 bis Dezember 1995 durchgeführt; insgesamt liegen 273 auswertbare Fragebögen vor. Fast die Hälfte der in dieser Phase Befragten befand sich zum Erhebungszeitpunkt mitten in der Behandlung (N=129); ca. 1/4 hat diese erfolglos abgebrochen oder beendet (N= 65). Insgesamt 1/4 hat eine Behandlung mit Erfolg abgeschlossen, d. h. unsere Interviewpartnerin war schwanger oder hatte bereits ein Kind geboren (N=52). Alle Bildungsabschlüsse sind im Sample vertreten; die höheren Schulabschlüsse überwiegen leicht.

Das Sample der qualitativen Phase der Kontrollstudie umfaßt 30 kinderlose Ehepaare – jeweils 10 Paare aus den Heiratsjahrgängen 1950, 1970 und 1980. Die Auswahl nach Heiratsjahrgängen erfolgte aufgrund der Annahme, daß die Gründe für eine kinderlose Ehe mit der Ehedauer variieren können.

In der quantitativen Projektphase wurden 164 halbstandardisierte Interviews durchgeführt. Einige Variablen dieser Erhebung konnten nachvercodet werden, so daß diese Daten auch einem Vergleich mit der Haupterhebung unterzogen werden können. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden aber nur die Interviews mit Frauen einbezogen; diese Datenbasis bilden deshalb 102 standardisierte Interviews mit kinderlosen Frauen.

gesetzbuches eine Ehe für die Durchführung einer künstlichen Befruchtung vorausgesetzt (Bundestagsdrucksache 11/6760, S. 14 ff.).

Seit Ende des vorigen Jahrhunderts steigt der Anteil kinderloser Ehen in fast allen Industriestaaten kontinuierlich, vor allem jedoch in der Bundesrepublik Deutschland: 1989 blieben 8,4 % der Ehen kinderlos; heute sind es 18 %. Nach Modellrechnungen wird für die nach 1970 geschlossenen

Ehen sogar mit einem Anteil von 20 % endgültig kinderlos bleibender Ehen gerechnet. Die ansteigende Kinderlosigkeit läßt sich noch deutlicher bei kohortenspezifischen Betrachtungen aller Frauen erkennen: Während von den Frauen des Geburtsjahrganges 1935 nur 9 % kinderlos blieben, gilt dieser Sachverhalt für 20,5 % der 1955 Geborenen und für ca. 25 % der Geburtskohorte 1961 mit weiterhin steigender Tendenz.

Die Gründe für die Kinderlosigkeit können physischer oder psychosomatischer Art sein. Die freiwillig kinderlose Ehe scheint jedoch in Deutschland selten zu sein (Nave-Herz 1988); dagegen stark zugenommen hat die befristete Kinderlosigkeit, worunter ein zeitlicher Aufschub einer Schwangerschaft verstanden wird. Oft ist dieser Wunsch aber durch die medizinischen Reproduktionstechniken überhaupt erst möglich. Wären sie nicht entwickelt und angewendet worden, wäre der Anteil kinderloser Ehen weiter gestiegen – in den letzten 10 Jahren hat sich die Anzahl allein der hochtechnisierten Reproduktionszentren in Deutschland verzehnfacht.

Standen zunächst nur operative und medikamentöse Methoden zur Behandlung von Kinderlosigkeit zur Verfügung sowie die Methode der künstlichen Befruchtung, so wendet man seit 1981 in der Bundesrepublik Deutschland auch die In-vitro-Fertilisation (Reagenzglasbefruchtung) an. Mit dieser Methode wird versucht, unter Laborbedingungen eine Schwangerschaft außerhalb des menschlichen Körpers künstlich herbeizuführen. Seitdem erweiterte sich der Behandlungskanon noch um weitere Verfahren: 1985 um GIFT (Gamete Intrafallopian Transfer/Gameten-transfer), 1986 um TET/ZIFT (tubarer Embryonen-Transfer/Zygote intrafallopian transfer [Zygotentransfer]) und in den 90er Jahren um die Mikroinjektion (Intracytoplasmatische Spermatozoeninjektion/ICSI).

Das Ziel der folgenden Abschnitte ist es, den Zusammenhang zwischen ungewollter Kinderlosigkeit und dem Einsatz moderner Reproduktionsmedizin herzustellen. Hier sollen verschiedene Aspekte, z. B. die des »richtigen« Zeitpunktes für die Realisierung des Kinderwunsches, des Familienbildes von Patientinnen der Reproduktionsmedizin, die Belastungen während der medizintechnischen Behandlungen und die Unterstützungssysteme der betroffenen Paare, berücksichtigt werden.

Die Realisierung des Kinderwunsches

Wie läßt sich aber nun für die Paare die Einlösung des Kinderwunsches terminieren? Mit anderen Worten: wann haben die Partner beschlossen, eine Schwangerschaft

herbeizuführen? Unterscheiden sich eigentlich die Paare mit unerfülltem Kinderwunsch von anderen Paaren hinsichtlich ihrer Gründe hierfür? Diese Fragen soll im folgenden versucht werden zu klären.

Die Grundlage der folgenden Analyse bildet eine eigene abgeschlossene Studie, deren Daten auf 325 qualitativen und standardisierten Interviews mit Frauen basieren, die sich im Laufe ihres Lebens einer oder mehrerer Methoden der medizinisch assistierten Zeugung unterzogen haben (Nave-Herz/Onnen-Iseman/Oßwald 1996).

Zunächst war ein zentraler Befund dieser Studie, daß die befragten Paare mit unerfülltem Kinderwunsch sich nicht von anderen Ehepaaren hinsichtlich des Anlasses für ihre Eheschließung unterscheiden, denn alle Befragten nannten als Heiratsgrund einen Kinderwunsch – die wenigsten Paare wußten also schon bei ihrer Heirat, daß ihre Ehe kinderlos bleiben würde. Die Einlösung ihres Kinderwunsches wurde dann aber zunächst hinausgeschoben: Von den befragten Frauen, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterzogen, haben nämlich 62 % ihren Kinderwunsch in dieser Partnerschaft jahrelang verschoben und sich dann, bei Entscheidung für ein Kind, überwiegend in einem Lebensalter mit geringerer Konzeptionsfähigkeit befunden. Die Daten dieser Untersuchung bestätigen also zunächst die Ergebnisse der Untersuchung von Nave-Herz (1988), wonach die weit überwiegende Anzahl der Kinderlosen mit der Eheschließung sehr wohl einen Wunsch nach Kindern verbinden, dessen Realisierung sie aber zunächst, insbesondere wegen ihres hohen Berufsengagements, verschoben hatten. Die Daten zeigten weiterhin, daß bei denjenigen, die diese befristete Kinderlosigkeit gewählt hatten, ein Familienleben mit Kindern eine bestimmte Qualität haben sollte. So glaubten die Frauen, nur dann eine gute Mutter sein zu können, wenn sie nicht mehr erwerbstätig wären.

Beide Wertorientierungen – traditionelle Familienorientierung und hohes Berufsengagement – sind antagonistisch und müssen zu Entscheidungskonflikten führen. Das aber kann zur Folge haben, daß eine befristete Kinderlosigkeit als Konfliktlösungsmechanismus – häufig sogar unbewußt – gewählt wird, um nicht zwischen divergenten Wertorientierungen entscheiden zu müssen, evtl. in der Hoffnung, zu einem späteren Zeitpunkt diesen Widerspruch lösen zu können.

Der Entscheidungskonflikt zwischen divergenten Wertorientierungen – Berufsorientierung versus traditioneller Familienorientierung – ist letztlich Ausdruck dafür, daß bei jenen »befristet« kinderlosen Ehepaaren auf der individuellen Handlungsebene makroperspektivische Veränderungen »sichtbar« werden, nämlich der unterschiedliche Wandel von gesellschaftlichen Teilsystemen. Denn das Schul-, Ausbildungs- und Berufssystem hat sich

für Frauen zeitgeschichtlich verändert, und damit ist ihr Berufsengagement gestiegen; das Familiensystem, einschließlich der Mutterrollendefinition, hat für Frauen keine Veränderung in gleich starkem Maße erfahren.

Die gewählte befristete Kinderlosigkeit kann dann aber durch zwischenzeitliche gynäkologische oder andrologische Veränderungen, z. B. durch Krankheit (die eigene oder des Partners), durch das Lebensalter oder auch psychosomatisch bedingt, zu einer ungewollten Kinderlosigkeit führen, wie es bei 62 % der befragten Frauen der Fall war, die sich daraufhin in eine reproduktionsmedizinische Behandlung begeben haben. Die Reproduktionsmedizin hat somit einen paradoxen Effekt bewirkt: Sie hat durch die Entwicklung der modernen Antikonceptiva zunächst die Möglichkeit der zuverlässigen Verhinderung einer Schwangerschaft geboten, aber bei einem Teil der Frauen um den Preis, daß nunmehr wieder nur mit medizinischer Hilfe die inzwischen eingetretene Zeugungs- und Konzeptionsunfähigkeit aufgehoben werden kann.

Mit enormer persönlicher Belastung streben die Befragten nach einer Korrektur: ihr Wunsch bezog sich auf die Gründung einer »Normal-Familie«, auf das eigene leibliche Kind. Selten wurde eine Adoption ins Auge gefaßt. Wie stark bei aller Pluralität von praktizierten Lebensformen in unserer Gesellschaft die »Kernfamilie« (= Eltern mit leiblichen Kindern) als Ideal auch heute noch gilt und die Mutterrolle oberste Priorität besitzen kann, wird also besonders deutlich bei den Patientinnen der Reproduktionsmedizin. Es ist im übrigen der Kinderwunsch der Frauen, der als »Motor« des Behandlungswunsches wirkt. Der Eintritt in den Prozeß der reproduktionsmedizinischen Behandlungen ist ein folgenreicher Schritt und vielfach der Beginn einer langen und stark belastenden Lebensphase für viele Frauen und Männer, was im folgenden darzustellen versucht wird. Die zentrale Frage lautet, in welchem Zusammenhang die Frauen und Männer Belastungen durch eine reproduktionsmedizinische Behandlung empfinden und wie sie diese verarbeiten. Es sind zwei Zeitabschnitte mit unterschiedlichen Belastungen zu unterschei-

den. Es handelt sich hierbei um den Zeitraum vor dem Eintritt in ein reproduktionsmedizinisches Programm, in dem das Ausbleiben einer Schwangerschaft festgestellt wird, bis zum Behandlungsbeginn. Eine qualitativ andere Belastungsphase erfahren die Paare dann während der Behandlung bis zu ihrem Abschluß. Die befragten Frauen, die Patientinnen der Reproduktionsmedizin wurden, warteten zum Teil schon sehr lange auf ihr Wunschkind. Ehe sie die Entscheidung für eine Behandlung der Kinderlosigkeit trafen, haben sie mehrere Schritte bereits »durchstanden«: zunächst das Erhoffen einer Schwangerschaft, schließlich das Erkennen einer vorliegenden Konzeptions- oder Zeugungsunfähigkeit und ferner das

auf ein Kind in die medizinische Hilfe gelegt wird. Wenn das Paar die Kinderlosigkeit noch nicht psychisch verarbeitet, also noch nicht akzeptiert hat, und für den Fall des Scheiterns der medizinischen Behandlung keine Alternativen kennt, scheint ein Leben ohne Kind undenkbar. Wenn dagegen das oben skizzierte Modell der Streßverarbeitung von den Frauen und Männern durchlaufen worden ist, können sie sich – dadurch gefestigt – den weiteren Belastungen stellen.

Diese Belastungen lassen sich in objektive und subjektive einteilen. Die objektiven Belastungen, denen die Paare während der Durchführung eines Reproduktionsprogrammes ausgesetzt sind, bestehen in einem hohen zeitlichen und organisatori-

Die subjektiven Belastungen während und durch die reproduktionstechnische Behandlung scheinen noch um ein Vielfaches unangenehmer zu sein: die Auswirkungen nicht nur auf die emotionale Beziehung der Partner zueinander, eine übersteigerte Wertigkeit der einzelnen Behandlungsschritte bis hin zur völligen Aufgabe persönlicher Interessen sind nur einige Effekte.

Die vorliegenden Daten bestätigen den Befund anderer Untersuchungen: Die hochtechnisierte reproduktionsmedizinische Behandlung ist ein streßverursachendes Lebensereignis für die betroffenen Frauen (vgl. zusammenfassend Onnen-Isemann 1995). Hinzu kommen die strukturellen Belastungen durch die Form der medizinischen Intervention, da jeder Teilschritt der Behandlung mit erneuter Ungewissenheit seitens der Paare, aber hauptsächlich auch mit Unvorhersagbarkeit seitens der Ärzte und Ärztinnen verknüpft ist.

Vor allem die psychische Belastung, die die Paare empfinden, geht aus den qualitativen Interviews hervor, insbesondere diese Hilflosigkeit während und nach der Behandlungszeit.

Frau: *»Ich kann an allem was tun: Wenn mein Haus abbrennt, kann ich was machen; wenn mein Auto kaputt ist, kann ich was machen; wenn ich Ärger mit Leuten hab', kann ich was machen. (Aber) da (in bezug auf schwanger werden) kann ich selber nichts tun ... man ist so hilflos dem gegenüber« (32/11).*

Frau: *»Das ist nun praktisch so wie'n Berg, ja, man ist auf dem Gipfel und sagt: Okay, das hat jetzt alles geklappt, also – jetzt können wir nur noch abwarten, abwarten, abwarten ... Die letzten Tage sind fürchterlich, weil man da – in einer immensen Spannung ist. Und man wirklich nichts machen kann, man kann nur abwarten, und man kann auch sagen, es ist im Grunde jetzt gelaufen ... Das muß man vom Kopf her sich immer wieder sagen, weil man innerlich ja irgendwo denkt, man könnt' es aufhalten das Ganze ... Wenn's (die Menstruation) passiert ist, ist es schlimm, aber auch die Tage vorher ist diese immense Spannung da. Ja, und bei mir ist es so, ich bin dann zwar sehr enttäuscht, aber andererseits – auch grad' beim letzten Mal, wo es sonst eben auch alles so optimal aussah und die auch in der Klinik gesagt haben: Na, wunderbar! ... (Ich) war zwar frustriert, aber ich hab' danach dann noch – gesagt: So, jetzt – kann'ste wieder anfangen zu leben, jetzt kann'ste wieder in die Normalität reingehen. Weil – würd' ich sagen – das ist im Grunde der ganz normale Wahnsinn, was man da betreibt« (lacht) (52/11).*

Auslösen eines psychischen Reaktionsmusters, welches die Kinderlosigkeit nicht als Schicksal begreift oder etwa als Anlaß zur Veränderung der Lebensorientierung. Diese psychische Reaktion wurde bereits an anderer Stelle explizit ausgeführt – hier sollen nur die wesentlichen Merkmale angeführt werden (vgl. Onnen-Isemann 1995, S. 480 ff.): Die Streßverarbeitung umfaßt nach dem ersten »Schock«, den die Paare bei der Diagnose der Unfruchtbarkeit erfahren, weitere Stadien, die von der Negation des klinischen Befundes über Ärger und Wut, Schuld- und Schamgefühle zu sozialer Isolierung, Depression und Trauer führen können. Diese Phasen sind für die betroffenen Paare wichtig zu erfahren, denn erst nach ihrem »Durchstehen« und der daraus entstehenden Akzeptanz der Unfruchtbarkeit können sie Wege einschlagen, die ungewollte Kinderlosigkeit zu kompensieren. Hier sind vielfältige Möglichkeiten denkbar, nur eine davon ist das Festhalten am Kinderwunsch, nun allerdings mit dem Bedürfnis der medizinischen Assistenz bei der Zeugung. Und hier liegt eine besondere Gefahr: wenn nämlich die gesamte Hoffnung

schen Aufwand. Er beginnt meistens mit terminlich fest definiertem Zeugungsakt, gynäkologischen Untersuchungen und Blutabnahmen, die mit dem Praxisablauf und den Arbeitszeiten koordiniert werden müssen. Häufig nehmen erwerbstätige Frauen während der Eizellentnahmen und des Embryonentransfers den Jahresurlaub in Anspruch, um nicht durch zu häufige Fehlzeiten den Arbeitsplatz zu gefährden.

Frau: *»Was bei mir noch mit hinzukam, ich bin berufstätig gewesen. Und ich mußte zu einem bestimmten Zeitpunkt morgens in der Firma sein. Und beim Arzt war das so, wer zuerst kommt, mahlt zuerst. Und das hieß manchmal, daß ich teilweise um halb sieben vor der Tür stand, und um viertel nach sieben wurde aufgesperrt, dann wurden die Personalien aufgenommen und was weiß ich was; und der Arzt kam dann, wenn man Glück hatte, um acht, manchmal noch später. Das war immer so – diese Hektik dann morgens schon, das war nicht so einfach« (13/4).*

Angesichts der vielfältigen Belastungen stellt sich die Frage nach der Bewältigung des Behandlungsstresses bzw. danach, warum die Frauen und Männer aufgrund dieser Belastungen die Behandlungen

nicht abbrechen. Gibt es möglicherweise noch relevante Dritte, die die Entscheidung des Paares, an einer reproduktionsmedizinischen Behandlung teilzunehmen, beeinflussen?

Unterstützt fühlten sich die Frauen auf ihrem »Weg« in die reproduktionsmedizinische Behandlung vor allem durch ihre Ehemänner (84%). Obwohl immerhin 16% der Ehemänner der Behandlung an sich distanziert oder tolerierend gegenüberstehen, geben fast alle Frauen (96%) ihren Ehemann als engsten Gesprächspartner an, also noch weit vor den Gynäkologen bzw. Gynäkologinnen (65%). Betont wird von 92% der Ehefrauen die positive Reaktion ihrer Ehemänner zur Therapie, die sie zu 80% als »überaus« und weiterhin zu 14% als »sehr unterstützend« definieren.

Aber auch die Gynäkologen und Gynäkologinnen unterstützen die Paare, die Behandlung trotz der Belastungen fortzuführen:

Frau: »Nachdem das nicht geklappt hatte, war noch ein Gespräch bei Professor XY; und da war dieser Professor so lieb, das kann man sich überhaupt nicht vorstellen. Der hat uns dann ... ganz toll getröstet und hat mir erzählt, wie wir jetzt weitermachen (mit einer anderen Methode)«.

Insbesondere die Zuversicht der Ärzte wurde bei einem hohen Anteil unserer befragten Frauen, wie sie selbst betonten, als große Hilfe wahrgenommen (= 84%). 60% von ihnen gaben an, sie hätten keine weiteren Versuche unternommen, wenn nicht der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin ihnen soviel Mut gemacht hätte (60%). Nur einige wenige der Befragten fühlen sich durch sog. »externe Quellen« unterstützt, z. B. durch Medienberichte.

Es ließe sich nun die Vermutung aufstellen, daß bei der Frage zur Entscheidung für eine reproduktionsmedizinische Behandlung der eigenen Herkunftsfamilie eine übergeordnete Bedeutung zukommt, zumal die kinderlosen Frauen und Männer gerade auch durch diese Diskriminierungen erfahren haben. Statt dessen zeigen aber unsere Daten, daß die eigene Familie kaum eine Rolle spielt, und wenn überhaupt, dann eher noch die weibliche Verwandtschaftslinie erwähnt wird. Dagegen werden häufiger noch die eigenen Freunde und Bekannten um Rat gefragt.

Frau: »Anfangs war's 'n ganz großes Geheimnis für uns; da haben wir es nicht mal den Eltern erzählt – das war immer geheim. Und wenn es dann hieß: »Wollt ihr keine Kinder haben?«, dann haben wir gesagt: Nö, in der heutigen Zeit – ist das doch gefährlich, Kinder in die Welt zu setzen; und wir wollten das nicht«.

Frau: »Mit einigen hab' ich darüber gesprochen, mit meinen besten Freundinnen zum Beispiel hab' ich darüber geredet; aber so mit meinen Eltern oder Geschwi-

stern überhaupt nicht. Weil ich auch nie glaube, daß die – Verständnis dafür gehabt hätten, daß (sie das) überhaupt verstehen würden. Die würden zwar sagen: »Ach, red' mal – ja, ist schon in Ordnung, mach das man – «. Aber – die würden das gar nicht begreifen«.

Unter familiensoziologischem Aspekt erscheint dieses Verhalten plausibel, denn gerade innerhalb der Familie werden sexuelle Fragen und Probleme ihrer Mitglieder meistens tabuisiert und verdrängt. Für die Verheimlichung von Kinderlosigkeit und ihrer reproduktionsmedizinischen Behandlung scheint es aber einen besonderen Grund zu geben: »Die Behandlung wird als Eingriff in intimste Sphären so kränkend erlebt, daß die meisten Paare ängstlich bemüht sind, Störung und Behandlung vor der Umwelt zu verbergen« (Brähler 1995, S. 182). Außer mit dem Ehemann und dem Gynäkologen bzw. der Gynäkologin haben ca. 32% der befragten Frauen mit niemandem über die reproduktionsmedizinische Behandlung gesprochen. Wenn man bedenkt, daß die Interviewpartnerinnen aufgrund der Stichprobenrekrutierung – sie waren alle Selbstmelderinnen – als gesprächsbereit im Hinblick auf die medizinische Behandlung einzustufen sind, wird das Schweigen über die persönliche Anwendung der Reproduktionsmethoden viel verbreiteter sein, als diese Daten es bereits belegen.

Angesichts der großen psychischen und körperlichen Belastungen für die Betroffenen, die die Reproduktionsbehandlungen begleiten, stellt sich schließlich die Frage, warum die Paare auch nach erfolgloser erster Behandlung eine zweite, dritte und sogar noch eine vierte anschließen?

An Gründen für die Fortsetzung der Behandlungen nennen unsere befragten Frauen selbst insbesondere die Angst vor späteren Selbstvorwürfen; im Fragebogen bejahten 79% (N = 187) der Frauen das Statement: »Obwohl es mir während der einzelnen Behandlungsphasen nicht sehr gutgeht, werde ich die Behandlung vor Ablauf der möglichen Versuche nicht abbrechen, um mir später keine Vorwürfe zu machen.« Dadurch kann die Behandlung auch einen »Suchtcharakter« erhalten (Brähler 1985, S. 183). Beck-Gernsheim schreibt: »... Diejenigen, die aufgeben, bevor sie nicht noch die neueste und allerneueste Methode versucht haben (ein Kreislauf ohne Ende), sind nun »selber schuld«. Sie hätten es ja noch weiter versuchen können ... So wird aus der Fortpflanzungstechnologie die Fortpflanzungs-ideologie.« (1991, S. 55)

Mann: »Okay, die zwei Chancen haben wir noch, die werden wir auch machen, damit wir uns später nicht irgendwelche Vorwürfe machen – falls es nicht klappen sollte. Und wenn das auch nichts wird mit den beiden, also – gut – dann muß man sich damit abfinden. Dann hat man aber alles probiert«.

Frau: »Ende '92 (haben wir) uns überlegt: Nachher ärgert man sich, daß man's nicht gemacht hat ... Und wirft sich vielleicht selbst was vor. Also, laß' es uns noch mal versuchen« (10/5).

Frau: »Ich hab' mir immer gesagt, wenn ich 40, 45 bin und ich hab' das nicht gemacht, dann mach ich mir Vorwürfe – weil es ja noch ne Chance ist ... Nur, wie gesagt, der erste Versuch, den ich gemacht hab', hat geklappt. Ich bin schwanger geworden; ist leider wieder fehlgegangen. Der zweite Versuch hat auch nicht geklappt. ... Also die Behandlung bin ich bestimmt nicht eingegangen, weil ich wußte: Jetzt – bleibst du vielleicht irgendwann mal kinderlos. Das wäre ja Blödsinn. Ich muß ja Hoffnung irgendwo haben. Und, wie gesagt, weil es bei mir auch beim ersten Mal geklappt hat, hab' ich immer Hoffnung ... Also ich bin der Typ, ich will das unbedingt, ich will unbedingt Kinder haben ... Ich finde es irgendwo ungerecht – wenn die zu mir sagen: Du hast vier Versuche und dann ist Schluß ... Also das finde ich irgendwo ungerecht. Wieviel Geld wird für Abtreibung ausgegeben!« (3/5, 18, 20).

Die Angst, später zu bereuen, eine weitere Chance nicht wahrgenommen zu haben, und die übersteigerte Hoffnung auf Erfolg scheinen beim Abwägen zwischen dem Abbruch oder dem Beginn einer neuen Etappe der Behandlung zu einer Art »Kosten-Nutzen-Rechnung« zu führen. Der »Nutzen« – d. h. endlich schwanger zu werden – wird offenbar immer erstrebenswerter, je mehr »Kosten« investiert wurden, also je mehr sich das Paar den organisatorischen und strukturellen Zwängen unterworfen hat. Vermutlich bejahten deshalb 77% der befragten Frauen das Statement: »Aus jedem einzelnen Schritt (im Behandlungszyklus) schöpfe ich neuen Mut für den nächsten.« Hier wird eine Hoffnung geäußert, die an die Glückserwartung bei einer Lotterie erinnert, wenn auch mit etwas höheren »Gewinn«-chancen. Denn die Erfolgsquoten der hochtechnisierten Reproduktionsmedizin zur Behandlung von Kinderlosigkeit sind insgesamt sehr gering: Die »Baby-take-home«-Rate schwankt pro Jahr zwischen 10% und 15%. Trotzdem bleibt auch für Paare, die an Kinderlosigkeit leiden, die traditionelle Familienbildung mit der leiblichen Elternschaft offenbar ein kulturelles Ziel mit hoher Priorität. Die Wege von unfreiwillig kinderlosen Paaren zur Familienbildung in der Vergangenheit – Adoption von (nichtehelichen) Kindern, Weggabe von Kindern aus ärmeren, kinderreichen an vermögendere kinderlose Verwandte – sind heute kaum noch »gangbar«; die Adoptionsmöglichkeiten haben radikal abgenommen; Adoptivkinder werden aber auch – wie die Pflegekinder – von vielen Paaren nicht als Substitut für »eigene« Kinder angesehen. Insofern wird erklärlich, daß die Reproduktionsmedizin viel-

fach als die einzige verbleibende Anpassungsform an das kulturell vorgegebene Ziel »Familienbildung/Elternschaft« gesehen wird, jedenfalls solange dieses nicht selbst in Frage gestellt wird.

Fazit

Die vorangegangenen Ausführungen konnten zeigen, daß Kinderlosigkeit in einer Ehe schon immer ein Problem darstellte. Durch das Entstehen und die ständige Weiterentwicklung der medizinischen Reproduktionstechniken begann ein sozialer Prozeß, dessen Ende bis heute noch nicht absehbar ist: Öffentliche ebenso wie wissenschaftliche Diskussionen über den »Nutzen« dieser medizinischen Entwicklung werden seit ihrem Beginn vehement geführt, was die Meinung der betroffenen Paare nur unterstützt, daß ihnen mit Hilfe der reproduktionsmedizinischen Behandlungen ihr bislang unerfüllter Kinderwunsch endlich erfüllt wird. Die Reproduktionsmedizin scheint somit die einzige Möglichkeit für ungewollt kinderlose Paare zu sein, das kulturell vorgegebene Ziel einer Familie mit leiblichen Kindern zu erreichen. Angesichts der geringen Erfolgsquoten müssen sich jedoch die meisten kinderlosen Paare, trotz durchgeführter Behandlung mit ihren enormen psychischen und physischen Belastungen, auf ein Leben ohne eigene leibliche Kinder einstellen. Ihr Wunsch nach »Planbarkeit« und »Rationalisierbarkeit« des Lebens kann durch die Teilnahme an einer reproduktionsmedizinischen Behandlung jedenfalls nicht erfüllt werden. Durch die Existenz der Reproduktionstechnologien wird somit ein Wandel hinsichtlich einer Akzeptanz von Lebensereignissen, die einer rationalen Entscheidung entzogen sind und die die eigene Lebensform beeinflussen, für beide Ehepartner stark erschwert.

Anhand der vorliegenden Erhebung läßt sich abschließend das folgende Profil von ungewollt kinderlosen Paaren herausstellen:

Sie gingen eine kindorientierte Ehe ein mit zunächst aufgeschobenem Kinderwunsch; seine Einlösung wurde schließlich durch die Frau etwas stärker forciert. Ferner haben sie eine »traditionelle« Familienorientierung internalisiert und idealisieren demzufolge die Mutterrolle. In einer Ehe zu leben und auf die Familienbildung zu verzichten, scheint ihnen – zumindest während der reproduktionsmedizinischen Behandlung – unmöglich zu akzeptieren, und sie setzen eine fast übersteigerte Hoffnung in die medizinischen Reproduktionstechniken. Daraus scheint auch ihre hohe Streß- und Frustrationstoleranz in bezug auf die medizinische Behandlung zu resultieren. Hinzu kommt für die Frauen, daß sie sich vermutlich so stark in die (noch) nicht erreichte Mutterrolle gesteigert haben, daß viele von ihnen mit nieman-

dem über ihren Behandlungsverlauf sprechen können – es bleibt im internen Kreis der direkt Betroffenen: als Gesprächspartner kommen nur der Ehemann und der Gynäkologe bzw. die Gynäkologin in Frage. Der »Teufelskreis« beginnt: das Paar gibt die Behandlung – trotz einiger Mißerfolge – so schnell nicht auf, die Gynäkologen gehen häufig fraglos von einer Fortsetzung der Behandlungen aus ... und wenn die Möglichkeiten der Medizintechnik dann doch irgendwann erschöpft sind, steht auf der einen Seite ein – für diesen Fall – erfolgloser Gynäkologe und auf der anderen Seite ein immer noch ungewollt kinderloses Ehepaar – nur daß es deutlich älter ist als zu Beginn der reproduktionsmedizinischen Behandlungen.

Literatur

- Beck-Gernsheim, E.: Technik, Markt und Moral – Über die Reproduktionsmedizin und Gentechnologie. Frankfurt am Main 1991
- Benda, E.: Erprobung der Menschenwürde am Beispiel der Humangenetik. In: Beilage Nr. 3 zu »Das Parlament«, 1985, S. 18–36, Bd. 3
- Brähler, Ch.: Fertilitätsstörung – Kränkung und Herausforderung. In: Brähler, E. (Hrsg.): Körpererleben – Ein subjektiver Ausdruck von Körper und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin. 2. Aufl., Gießen 1995, S. 181–186
- Bundestagsdrucksache 11/6760: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über die neunzehnte Anpassung der Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie zur Änderung weiterer sozialrechtlicher Vorschriften (KOV-Anpassungsgesetz 1990 – KVOAnpG 1990)
- Condrau, G. (1969): Psychosomatik der Frauenheilkunde. Bern, Stuttgart 1969
- Delaisi de Parseval, G./Janaud, A.: Ein Kind um jeden Preis. Weinheim 1986
- Goldschmidt, S.: Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie. In: Familiendynamik 20, 1995, 3, S. 275–290
- Gross, P./Honer, A.: Multiple Elternschaften. Neue Reproduktionstechniken, Individualisierungsprozesse und die Veränderung von Familienkonstellationen. In: Soziale Welt 41, 1990, S. 97–116
- Heim, N.: Künstliche Befruchtung (IVF) als soziales Problem. In: Medizin Mensch Gesellschaft 12, 1987, S. 5–14
- Heinke, E./Döpfmer, E.: Fertilitätsstörungen beim Mann. In: Jadassohn, J. (Hrsg.): Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ergänzungswerk. Berlin 1960
- Hoffmann-Riem, Ch.: Fragmentierte Elternschaft: technologischer Fortschritt und familiäre Verarbeitung. In: Lüscher, K./Schultheis, F./Wehrspau, M. (Hrsg.): Die »post-moderne« Familie. Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit. Konstanz 1988, S. 216–233
- Hölzle, Ch.: Die psychische Bewältigung der In-vitro-Fertilisation. Sterilitätspatientinnen. Eine empirische Studie zu Kinderwunsch und Streßverarbeitungsmechanismen von Sterilitätspatientinnen (Diss., Universität Münster) 1989

- Hubbard, W. H.: Familiengeschichte – Materialien zur deutschen Familie seit dem Ende des 18. Jahrhunderts. München 1983
- Löw, R.: Gen und Ethik. Philosophische Überlegungen zum Umgang mit menschlichem Erbgut. In: Koslowski, P./Kreuzer, Ph./Löw, R. (Hrsg.): Die Verführung durch das Machbare. Ethische Konflikte in der modernen Medizin und Biologie. Stuttgart 1983, S. 33–48
- Mies, M.: Wider die Industrialisierung des Lebens. Eine feministische Kritik der Gen- und Reproduktionstechnik. Pfaffenweiler 1992
- Nave-Herz, R.: Familiäre Veränderungen in der Bundesrepublik seit 1950. In: Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 4, 1984, S. 45–63
- Nave-Herz, R.: Kinderlose Ehen – eine empirische Studie über die Lebenssituation kinderloser Ehepaare und die Gründe für ihre Kinderlosigkeit. Weinheim 1988
- Nave-Herz, R.: Die Geschichte der Frauenbewegung in Deutschland. 5. Aufl., Hannover 1997
- Nave-Herz, R./Onnen-Isemann, C./Oßwald, U.: Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin – Strukturelle Ursachen ihrer Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure. Bielefeld 1996
- Onnen-Isemann, C.: Ungewollte Kinderlosigkeit und moderne Reproduktionsmedizin. In: Nauck, B./Onnen-Isemann, C. (Hrsg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied 1995, S. 473–488
- Onnen-Isemann, C./Nauck, B. (Hrsg.): Familie im Brennpunkt von Wissenschaft und Forschung. Neuwied 1995
- Onnen-Isemann, C.: Ungewollte Kinderlosigkeit und deren Auswirkungen auf die Ehebeziehung. In: Busch, F. W./Nave-Herz, R. (Hrsg.): Ehe und Familie in Krisensituationen. Schriftenreihe der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Isensee 1996, S. 117–136
- Onnen-Isemann, C.: Handlungsorientierungen ungewollt kinderloser Frauen und reproduktionsmedizinische Behandlung. In: Buba, H. P./Schneider, N. F. (Hrsg.): Familie – Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Opladen 1996, S. 262–272
- Sander, D.: Warum (noch) ledig? Warum nicht Ehe? Bielefeld 1997
- Schirren, C.: Fertilitätsstörungen des Mannes. Stuttgart 1961
- Snowden, A. R.: Artificielle Reproduktion. Stuttgart 1985
- Stauber, M.: Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit. 3. Aufl., Berlin 1993
- Theissen, H.: Zur Demokratieverträglichkeit der Bio- und Gentechnologie. In: Soziale Welt 42, 1991, 1, S. 109–127
- Voß, A./Soeffner, H. G./Krämer, U./Weber, W.: Ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit – die sozialen Funktionen und die sozialen Folgen reproduktionsmedizinischer Behandlung. Opladen 1994
- Zahn-Harnack, A.: Die Frauenbewegung – Geschichte, Probleme, Ziele. Berlin 1928